



UGF

## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 1288 / 000770145798-5

Nome destinatário: MARIA APARECIDA DE S OLIVEIRA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.037,00

Data de débito: 03/02/2022

Data/hora da operação: 03/02/2022 05:01:58

Código da operação: 030501

Chave de segurança: K07EZ9X4MH1N4F9P

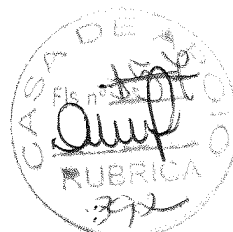
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



03484 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAG  
 DAS PAINEIRAS, 1448  
 janeiro-22

**Demonstrativo de Pagamento de Salário**  
 00.211.504/0001-50  
 Auxiliar de Serviços Gerais

COLEGIO BATISTA

CPF: 41799003604

002018 MARIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.256,60		
999	Arredondamento no Mes		0,13		
681	Seguro			4,90	
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			35,00	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,07	
697	Desc Plano odontologico - Mens.			84,85	
903	INSS Folha			94,91	
			1.256,73	219,73	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>1.037,00</b>	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.256,60	1.256,60	7.5529	1.256,60	100,52	1.161,69

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/02/22  
 DATA

*Maria Aparecida de Souza*  
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço  
 constante deste documento foi Recebido/  
 Prestado em perfeitas condições.  
 Pago pela Conta 223,3  
 Cheque: 030501 Área/Conta.....  
 Contagem, 03 de fevereiro de 2022  
*[Assinatura]*  
 Assinatura



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/01/2022 a 31/01/2022

EMPRESA: CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM CNPJ: 00.211.504/0001-50  
 ENDEREÇO: DAS PAINEIRAS, 1448 ELDORADO - Contagem - MG - CEP: 32310-400

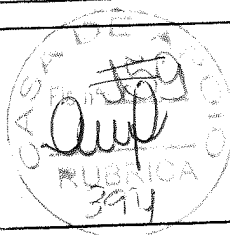
FUNCIONÁRIO MARIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA  
 ADMISSÃO: 17/05/2021 CTPS: 09932351/00030-MG

FUNÇÃO: Auxiliar de Servicos Gerais

JORNADA ENTRADA: 08:30 SAÍDA: 17:30 Departamento COLEGIO BATISTA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 sáb					
2 dom					
3 seg	8:28	12:30	13:30	17:28	Maria Aparecida de Souza
4 ter	8:30	12:29	13:29	17:30	Maria Aparecida de Souza
5 qua	8:29	12:28	13:28	17:29	Maria Aparecida de Souza
qui	8:27	12:30	13:30	17:27	Maria Aparecida de Souza
7 sex	8:25	12:29	13:29	17:25	Maria Aparecida de Souza
8 sáb					
9 dom					
10 seg	8:30	12:29	13:29	17:30	Maria Aparecida de Souza
11 ter	8:28	12:30	13:30	17:28	Maria Aparecida de Souza
12 qua	8:29	12:28	13:28	17:29	Maria Aparecida de Souza
13 qui	8:27	12:27	13:27	17:27	Maria Aparecida de Souza
14 sex	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
15 sáb					
16 dom					
17 seg	8:30	12:28	13:28	17:30	Maria Aparecida de Souza
18 ter	8:29	12:30	13:30	17:29	Maria Aparecida de Souza
19 qua	Afastado				
20 qui	Afastado				
21 sex	Afastado				
22 sáb					
23 dom					
24 seg	8:30	12:29	13:29	17:30	Maria Aparecida de Souza
25 ter	8:28	12:30	13:30	17:28	Maria Aparecida de Souza
26 qua	8:30	12:27	13:27	17:30	Maria Aparecida de Souza
27 qui	8:27	12:30	13:30	17:27	Maria Aparecida de Souza
28 sex	8:30	12:28	13:28	17:28	Maria Aparecida de Souza
29 sáb					
30 dom					
31 seg	8:27	12:30	13:30	17:27	Maria Aparecida de Souza

OBSERVAÇÕES:





Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) maria Aparecida de Souza  
portador da Carteira Profissional nº Olivera  
e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infeeto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. **(Este atestado do não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).**

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 ( cinco ) dias, a partir de 19/1/20 por motivo de doença CID. J11 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 - 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conforme o dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

**OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

